Die sogenannten
Penisknochen
beim Manne

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Dr. med. Albert Wolff

7. 4. 1920.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Buchdruckerei Alfred Fock, Berlin W. 30, Neue Winterfeldtstraße 16.

474

Die in der Terminologie Guttmanns gegebene Definition, „Penisknochen gleich Indurationes penis plasticae sind chronisch und schmerzlos entstehende Verhärtungen, die in der Scheidewand oder tunica propria der corpora cavernosa auf dem dorsum penis beginnen und erst sekundär die Schwellkörper ergreifen“, — erscheint mir trotz aller anscheinenden Klarheit doch bei Weitem nicht ausreichend, um ein treffendes Bild dieser verhältnismäßig seltenen Krankheit zu geben. Man darf den Rahmen für diese „Penisknochen“ auch bei Weitem nicht so weit ziehen, wie er in den in der Literatur beschriebenen Fällen von manchen Autoren gezogen worden ist: bei vielen wird offensichtlich lediglich eine lokale Form syphilitischer Gummata usw., noch häufiger eine bindegewebige Bildung verhärteten posttraumatischen Narbengewebes beschrieben, während es sich bei den echten, allerdings sehr seltenen Penisknochen um ein ganz eigenartiges, anscheinend mit keiner bekannten anderen Erkrankung zusammenhängendes Krankheitsbild handelt. Als Charakteristicum für solche „echten“ Penisknochen sei ein Fall herangezogen, der, bisher noch nicht veröffentlicht, durch Herrn Prof. Dr. Kausch-Berlin beobachtet worden ist:

Im städtischen Auguste Viktoria-Krankenhaus zu Berlin-Schöneberg (Direktor Prof. Dr. Kausch) wurde am 9. Januar d. J. wegen Gallensteinleidens ein Patient aufgenommen, der, von Beruf Maschinenaufseher, bis dahin immer gesund gewesen sein und seinen schweren Dienst bei der Eisenbahn seit 47 Jahren ununterbrochen versehen haben will.

Lediglich 1907 erkrankte er an Gelenkrheumatismus und lag deswegen 13 Wochen im Krankenhaus; er wurde aber vollständig geheilt und hat in der Folgezeit niemals wieder diesbezügliche Beschwerden gehabt.

Seit 4 Jahren hat Patient einen Leistenbruch, der leicht reponibel ist und niemals Beschwerden verursacht hat; der Kranke gibt an, er habe sich den Bruch zugezogen, als er sich in seinem Dienste beim schweren Heben übermäßig anstrengen mußte.

Im November 1919 bekam er dann einen Anfall von Gallensteinkoliken, der nach einigen Wochen Bettruhe vorüber ging, — jetzt neuer Anfall, wegen dessen Patient ins Krankenhaus aufgenommen wurde.

Bei der Aufnahme wurde folgender Befund festgestellt:

Es handelte sich um einen 66-jährigen, etwas senilen, im übrigen kräftig gebauten Mann in gutem Ernährungszustande mit gesunden Lungen. Herzbefund ohne Besonderheiten; es fanden sich bei dem Patienten jedoch Anzeichen einer mäßigen Arteriosklerose: harter gespannter Puls, die peripheren Arterien hart und leicht geschlängelt. Der Patient litt ferner an typischen Gallensteinkoliken; starke Druckschmerzhaftigkeit in der Gallenblasengegend. Kein Ikterus; Urin frei von Eiweis und Zucker. Am Nervenbefund war nichts Regelwidriges festzustellen.

Außerdem fand sich bei dem Patienten folgende auffällige Erscheinung: auf dem dorsum penis nahe der Peniswurzel ist eine länglich-viereckige Platte von knochenharter Konsistenz zu fühlen, die nach allen Richtungen hin verschieblich und mit ihrer Unterlage anscheinend nirgends fest verwachsen ist; die Haut darüber ist ebenfalls gut beweglich und weist nichts Anormales auf. Im Röntgenbild zeigt sich ein dunkler Schatten, der sich bei der Aufnahme von oben als eine unregelmäßig begrenzte, vielfach durchlöcherte Platte darstellt und auf Knochenbildung oder Kalkablagerung hinweist.

Über die Entstehung dieser Platte befragt, gab der Patient an, vor ungefähr 4 Jahren (kurz nach der Entstehung des Leistenbruchs) habe er ohne vorangegangenes Trauma oder sonst erkennbaren Grund

auf dem Penisrücken ein etwa erbsengroßes Knötchen gefühlt, das ziemlich rasch größer wurde; schließlich sei das Gebilde, dessen anfänglich schnelles Wachstum allmählich langsamer wurde, ohne jedoch jemals ganz aufzuhören, bis zu der augenblicklichen Größe angewachsen. Schmerzen oder sonstige Beschwerden habe er von der Neubildung niemals gehabt; da er infolge „seines Alters" etwa zur Zeit der Entstehung des Knötchens (kurze Zeit danach, nach seiner Erinnerung) impotent wurde, haben sich auch für den Coitus niemals Schwierigkeiten aus der Einlagerung ergeben, wie sie sonst in der Regel nach den übrigen Literaturfällen bei dieser Erkrankung vorkommen. In der Familie des Patienten seien solche Erscheinungen noch niemals beobachtet worden, auch seine beiden Söhne im Alter von 47 und 43 Jahren (Patient hat 5 gesunde Kinder) seien frei von dem Leiden. Stoffwechsel- und Geschlechtskrankheiten werden ganz entschieden negiert; die zur Kontrolle angesetzte Wassermannsche Blutprobe verlief gänzlich negativ.

Wegen der bekannten Ergebnislosigkeit aller medikamentösen Behandlung und zur Vermeidung der sich aus dem dauernden Wachstum der Platte ergebenden Folgen wurde im Einverständnis mit dem Kranken zur Exstirpation des Gebildes geschritten. Die von Herrn Prof. Dr. Kausch in Chloräthyl-Aether-Tropfnarkose vorgenommene Operation verlief wie folgt:

Schnitt durch Haut und Unterhautfettgewebe auf dem dorsum penis entsprechend der Längsachse der eingelagerten Platte. Die nunmehr freiliegende tunica albuginea, die die dorsale Fläche der Platte überzieht und mit ihr innig verwachsen ist, wird vom Einschnitt aus nach beiden Seiten bis zum Rande der Platte freipräpariert; dabei Unterbindung einiger größerer Venen. Dann wird die Platte scharf aus der Substanz der corpora cavernosa penis, in die sie fest eingebettet ist, herausgelöst, wobei überall dicht am Rande der Platte vorgegangen wird.

Beim Herauspräparieren der geschilderten eingelagerten Platte fühlt man, mehr nach der Peniswurzel zu, in der Tiefe der Schwellkörper einen zweiten harten, anscheinend spitzeren Körper. Bei genauerer Untersuchung stellt sich dieser als ein zweites knochenhartes, längliches Gebilde dar, das, ganz von Schwellkörpergewebe umgeben, ebenfalls (ähnlich wie das erste) scharf aus der Substanz der corpora cavernosa herausgeschält wird.

Die Lage der beiden excidierten Gebilde zueinander war folgende: Der spitzere, schmalere Knochen liegt, rings von Schwellkörpergewebe eingeschlossen, in das er eingebettet ist, sowohl tiefer als auch weiter der Peniswurzel zu als der plattenförmige, der, obwohl ebenfalls ein untrennbarer Bestandteil der corpora cavernosa penis, an seiner dorsalen Fläche von der tunica albuginea überzogen wird, die auf ihm oder besser als seine dorsale Wand eine glatte ebene Fläche bildet. Zwischen den beiden Gebilden besteht keinerlei Verbindung.

Nach Vollendung der Exstirpation wird, nachdem nunmehr keine weitere Verhärtung zu fühlen ist, der Schwellkörperdefekt durch fortlaufende Catgutnaht geschlossen, sodann die Haut darüber mit Zwirn, ebenfalls fortlaufend, zugenäht. Keine Nachblutung. Mastisolverband.

Die dann vorgenommene nähere Untersuchung der beiden excidierten Körper ergibt folgenden Befund:

Makroskopisch handelt es sich um zwei flache, knochenharte und knochenähnliche Platten, von denen die eine, zuerst herausgenommene eine Länge von 6,5 cm, eine Breite von 3,0 cm und eine Dicke von 0,3 cm besitzt, während die zweite bei gleicher Dicke 4,5 cm lang und 1,8 cm breit ist. Beide Platten sind ziemlich regelmäßig viereckig, nicht zackig geformt, die oberen und unteren Flächen sind glatt und zeigen keinerlei Hervorragungen und Auswüchse; die am Röntgenbild wahrzunehmenden Durchlöcherungen sind nicht nachzuweisen.

Histologisch (nach einem durch Herrn Dr. Langer, Assistenten am pathologischen Institut des Krankenhauses, angefertigten Querschnitte) fanden sich an dem Gebilde alle Merkmale uud Schichten wahrer Knochenbildung, wie durch den Profektor, Herrn Professor Dr. Hart, bestätigt wurde; es handelte sich demnach keineswegs um Verkalkungen, sondern um echten lamellären Knochen.

Dieser eben geschilderte Fall deckt sich in allen wesentlichen Punkten mit dem, was ich aus der Zahl der bisherigen Veröffentlichungen als für echte Penisknochen oder plastische Indurationen charakteristisch herausziehen zu müssen glaube. Das besonders instructive Paradigma erübrigt die eingehende Schilderung der anderen Fälle, die in den meisten Punkten lediglich eine Wiederholung des Gesagten bedeuten würde; auch der beschriebene Fall weist klar und deutlich auf das hin, was wir als das Interessanteste der ganzen Erkrankung betrachten müssen: die Aethiologie. Oder vielmehr, dieser Fall weist ebenso wie die übrigen recht wenig auf irgend eine Entstehungsursache hin, — was von vielen Autoren dafür angezogen wurde, vermag einer gewissenhaften Prüfung meist nicht stand zu halten! Alle die Fälle, die auf einer ganz bestimmten Aetiologie aufgebaut werden konnten, haben sich nämlich bei genauerer Untersuchung stets als lokale Erscheinungen der betreffenden Allgemeinerkrankung erwiesen, wie sie auch in anderen Körperteilen vorkommen, niemals jedoch als Charakteristicum einer besonderen, allein für das männliche Glied in Frage kommenden Krankheit, um die es sich doch im Hinblick auf die eigenartige Knochen- oder Knorpelbildung mit ihren Anfangsstadien in den „echten“ Fällen zweifellos handelt; Syphilisgummata und besonders bindegewebige Narbenbildung nach Gonorrhoe und Verletzungen sind fälschlich hierher gerechnet worden, in anderen Fällen erscheinen vermutete Beziehungen zu

früher überstandener Arthritis, Stoffwechsel- und Infectionskrankheiten sehr weit hergeholt und niemals beweiskräftig nachgewiesen. Gänzlich verfehlt ist vollends der Hinweis einiger weniger auf den sogenannten Ruthenknochen mancher Tierarten und damit auf atavistische Erscheinungen; die Unhaltbarkeit dieser Theorie ergibt sich schon aus der Verschiedenheit der Localisation (der Ruthenknochen der Tiere ist lediglich ein Gebilde der Glans, während die Penisknochen beim Manne gerade die Glans stets frei ließen!) und wird zudem durch einige Forscher auch noch durch andere Gründe als unhaltbar nachgewiesen.

Lediglich der Zusammenhang dieser plastischen Indurationen mit manchmal nach Traumen vorkommender Knochenbildung ohne narbige Veränderungen und vielleicht auch mit senilen Veränderungen muß nach dem Ergebnis der bisherigen Forschungen als offenstehend betrachtet werden, — mit Sicherheit hat sich aber bei der Seltenheit der Fälle auch hier noch nichts nachweisen lassen.

Zum Schluß noch einige Worte über die Therapie: medicamentös sind bisher noch niemals Erfolge nachgewiesen worden, außer in einem Falle Waelschs, der einen Kranken durch intensive $^1/_2$-jährige Behandlung mit Fibrolysin geheilt haben will. In allen Fällen, wo die bei der Erektion eintretenden heftigen Schmerzen oder andere Gründe einen Eingriff erforderlich machen, wird die Operation das einzige Mittel zur Heilung bleiben, — sie ist dementsprechend auch schon oft mit gutem Erfolge angewandt worden.

Ausführliche Literaturverzeichnisse bei Neumark „Plastische Indurationen des Penis“ (Diss. Leipzig 1906) und O. Sachs (Wien), „vier Fälle von sog. plastischer Induration“.